SUR LA CAUSE DES ACCIDENTS

QU'ENTRAINENT LES

CONTUSIONS VIOLENTES DU PÉRINÉE,

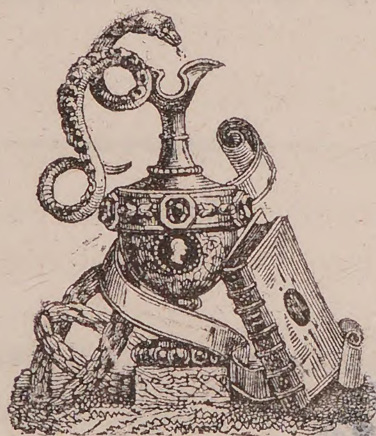
ET SUR

UNE NOUVELLE MÉTHODE OPÉRATOIRE

DESTINÉE A LES PRÉVENIR ;

PAR J. E. PÉTREQUIN,

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON.



LYON,

IMP. DE MARLE, ÉDITEUR DU JOURNAL DE MÉDECINE,

RUE SAINT-DOMINIQUE, 13.

1844.

SUR LA

CAUSE DES ACCIDENTS

QU'ENTRAINENT

LES CONTUSIONS VIOLENTES DU PÉRINÉE,

ET

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE OPÉRATOIRE

DESTINÉE A LES PRÉVENIR ;

(Communiqué à la Société de médecine de Lyon, le 4 mars 1844.)

La constitution anatomique du périnée occasionne et explique la haute gravité dont s'accompagnent les contusions violentes de cette région, soit par la lésion locale qu'elles déterminent, soit par les accidents généraux qui souvent en résultent.

Les désordres traumatiques, quoique très-variés, peuvent se formuler sous trois formes : la principale cause de leur gravité est en général relative à l'urètre ; tantôt ce canal est déchiré, et il ouvre immédiatement une voie anormale aux urines ; celles-ci s'infiltrent dans

beaucoup augmenté ; il existe une plaie contuse à la racine du scrotum, le volume de ces parties égale celui de la tête d'un enfant. Les téguments sont tendus et colorés en rouge noir, comme si la gangrène allait s'y déclarer. Le périnée est très-sensible au toucher. Le ventre est dans un état de tension et d'endolorissement : le malade fait de vains efforts pour uriner, il est dans une agitation continuelle. Il y a beaucoup de soif, insomnie absolue etc. ; l'anxiété est extrême. On avait tenté le cathétérisme sans succès. — Nous prescrivîmes des sangsues à l'hypogastre, un cataplasme, un lavement émollient, une potion calmante et de la tisane de violette et de tilleul.

Le pronostic était évidemment très-fâcheux : l'urètre avait été violemment contus, et déjà peut-être était-il déchiré ; dès-lors il y avait imminence d'une infiltration urineuse inévitable, et par suite la série d'accidents que nous avons rappelés plus haut, pouvait facilement se prévoir ; ou bien l'urètre était seulement meurtri ; mais son tissu engorgé, qui présentait un obstacle insurmontable à l'écoulement des urines, ne pouvait que se ramollir par l'inflammation traumatique, et par là même une fissure primitive ou consécutive menaçait d'un épanchement urinaire et des conséquences pathologiques qui s'y rattachent.

Or, l'ouverture urétrale se trouvait-elle au-dessous de l'aponévrose moyenne du périnée ? L'infiltration urinaire bridée par l'aponévrose superficielle, aurait eu le même siége que l'infiltration sanguine, c'est-à-dire tout le périnée, les bourses et la verge ; ces parties pouvaient donc rapidement devenir le théâtre de collection uri-

neuse, de clapiers purulents, d'abcès gangréneux, et tous les praticiens savent quelle est généralement l'issue fatale de ces désordres. L'ouverture urétrale se trouvait-elle au contraire au-dessus de l'aponévrose moyenne ? Tandis que dans l'autre cas, l'épanchement avait lieu dans le premier plan musculo-vasculaire, ici il se serait effectué dans le deuxième plan, c'est-à-dire qu'il eût suivi la disposition du muscle releveur de l'anus qui est cloisonné par les deux aponévroses périnéales, moyenne et supérieure; est-il besoin de rappeler que certains anatomistes leur ont donné pour cela les noms, à l'une d'*aponévrose inférieure* du releveur de l'anus, et à l'autre d'*aponévrose supérieure* de ce muscle ? L'infiltration n'aurait donc plus eu ici les mêmes barrières, ni la même disposition. J'ai donné dans mon *traité d'anatomie médico-chirurgicale* des exemples et des détails particuliers sur la production et le diagnostic de ces deux ordres de lésions (Voir *périnée*). Le pronostic, dans l'un comme dans l'autre cas, restait très-fâcheux. La première espèce d'accidents était ici, sinon absolument certaine, au moins extrêmement probable; la suite de l'observation en a fourni la démonstration clinique. Si la deuxième espèce était survenue, ç'aurait été une complication de plus, ce qui eût doublé la gravité du cas.

Je passai une partie de la nuit à réfléchir aux circonstances particulières que nous offrait le blessé, et à rechercher les moyens de triompher de la maladie grave qu'il présentait. La presque totalité des blessures de ce genre que j'ai pu observer dans les divers hôpitaux que j'ai visités, avaient eu une terminaison fatale, et j'avais moi-même essayé plusieurs procédés qui n'avaient pas

réussi. Les indications fondamentales me paraissaient les suivantes : 1° *modérer l'inflammation traumatique*, soit de l'urètre, soit des parties ambiantes ; les sangsues, les cataplasmes, les bains, les lavements ne devaient y parvenir qu'autant qu'il n'y aurait pas d'infiltration d'urine. Cette inflammation avait l'inconvénient majeur d'augmenter les difficultés qui s'opposaient déjà à l'écoulement des urines, en comprimant le canal par la tuméfaction inévitable des éléments du périnée ; de là le danger, plus grand encore, de la rétention urinaire, de la distension et du ramollissement de l'urètre, et des fissures qui ne pouvaient manquer d'en être la suite.

2° *Arrêter et dissiper l'infiltration sanguine*. Lorsque le sang s'est épanché dans les tissus en quantité notable, la résorption en devient difficile, et au périnée, peut-être plus qu'ailleurs ; la réaction inflammatoire tend alors à la purulence, il importe d'arrêter le mal au début.

3° *Prévenir l'infiltration urineuse*. C'est à coup sûr l'accident le plus à redouter, c'est celui qui a le plus d'influence sur le développement de tous les autres. Jusqu'ici, comme on sait, la science s'est surtout occupée des moyens d'y remédier quand il existe ; mais elle n'a pas encore indiqué de procédé efficace pour le prévenir. La boutonnière et surtout la ponction seraient loin, en pareille occurence, d'offrir les garanties suffisantes. La disposition anatomique du périnée, sa profondeur et les complications qui en accompagnent les contusions, l'expliquent surabondamment.

4° *Prévenir les accidents généraux*. Ce dernier résultat suppose l'accomplissement préalable des indications précédentes, il en est la conséquence physiologique, et ne

peut être atteint qu'au prix des conditions déjà énumérées ; son importance égale la leur, et ne demande pas une moindre sollicitude de la part de l'homme de l'art.

Mais comment atteindre ce résultat multiple ? Comment remplir toutes ces indications curatives ? J'arrêtai le procédé suivant, et le lendemain matin, 6 février, je le mis à exécution en présence de MM. Barrier et Bouchacourt, du docteur Olivet, de Genève, et de plusieurs chirurgiens militaires et médecins de Lyon.

Le malade fut couché et attaché comme pour l'opération de la taille ; j'essayai d'introduire un cathéter, je pus constater qu'il y avait réellement une solution de continuité ou du moins un obstacle dans l'urètre par suite de la contusion ; ce ne fut qu'à grand'peine et après des tâtonnements assez prolongés que je parvins à faire pénétrer le cathéter jusque dans la vessie. Une incision extérieure fut faite sur le raphé, comme dans la taille médiane, toutefois elle inclina un peu à gauche ; il fallut beaucoup de précautions pour arriver jusqu'à la rainure de l'instrument ; le périnée gorgé de sang était énormément tuméfié, et la profondeur de la pointe de la prostate se trouvait considérablement augmentée. Le bistouri atteignit le cathéter au niveau de la portion membraneuse de l'urètre, une incision suffisante fut pratiquée au canal pour permettre l'introduction du lithotome caché; aussitôt il s'écoula un peu d'urine, ce qui soulagea sensiblement le patient. Le lithotome une fois bien placé, et le cathéter complètement retiré, j'ouvris la lame de quelques lignes pour entamer seulement la pointe de la prostate. Cette incision donna issue à une nouvelle quantité du fluide urinaire, avec un soulagement plus prononcé.

Je présumais que peut-être ce débridement suffirait pour la libre sortie des urines; mais le sang dont tous les tissus étaient infiltrés, s'échappant sans cesse par la plaie et s'y coagulant, l'écoulement urinaire se trouva à plusieurs reprises tout à fait suspendu pendant la durée même de l'opération et du pansement : alors je poussai dans la vessie une injection prolongée d'eau tiéde avec une seringue à jet continu, afin de débarrasser cette poche et toute l'étendue de la plaie des divers caillots qui pouvaient l'encombrer, puis j'introduisis par le périnée, jusqu'au-delà du col vésical, une grosse sonde en gomme élastique qui fut laissée à demeure.

L'opéré fut reporté à son lit, et placé comme après la cystotomie, dans le décubitus dorsal, les genoux médiocrement soulevés. Il fut mis à la diète absolue, eut pour tisane une infusion de fleurs de violette et de tilleul, prit dans la journée une portion calmante ave 35 grammes de sirop diacode, et eut pour la nuit une pilule de cynoglosse. On lui administra dans le jour un lavement émollient et miellé. — L'écoulement de l'urine s'opère bien par la sonde; trois fois par jour on y pousse des injections émollientes pour en désobstruer le calibre, et pour abattre l'irritation vésicale; en même temps on entretient des cataplasmes sur l'hypogastre.

Dès le lendemain l'infiltration sanguine du périnée et du scrotum a diminué, une sérosité fortement sanguinolente suinte des lèvres de l'incision; la teinte rouge-brune des téguments pâlit, la laxité y remplace la tension. L'amélioration locale amène un mieux général, le pouls est surveillé avec soin : il est plein, dur et accéléré, mais sans être fébrile au point de devenir alar-

mant. La soif est vive, les douleurs disparaissent, et le patient reconnaît lui-même que l'opération l'a beaucoup soulagé. — Les progrès sont constants jusqu'au 12 janvier, jour où il commence à sortir quelques gouttes d'urine par le méat; il n'y a pas eu d'infiltration urinaire, il ne s'est formé aucun dépôt, il ne s'est développé aucun symptôme de résorption urineuse, ni d'infection purulente; au contraire l'engorgement sanguin du périnée et des bourses a disparu presque complètement, comme celui de la verge; il ne reste au scrotum qu'une petite plaie contuse à sa racine, sur le raphé. Jusque-là on n'a permis au malade que des bouillons et un peu de crême de riz. On lui accorde quelques potages légers, les mêmes moyens thérapeutiques sont continués.

Le 15 janvier, l'incision s'est rétrécie de moitié, elle n'a plus que 6 lignes (13 millimètres), son aspect est satisfaisant. La sonde périnéale est enlevée; j'avais eu pour principe de la laisser assez longtemps pour prévenir toute chance d'infiltration, mais pas assez pour convertir les bords de la plaie en trajet fistuleux. On introduit pour la remplacer une sonde urétrale qu'on laisse à demeure. — Le malade est mis au quart de portion.

Le 18, la plaie est très-rétrécie, mais elle laisse encore passer un peu d'urine; toutefois, une injection d'eau tiède poussée par la sonde jusque dans la vessie ne ressort pas par l'ouverture du périnée, ce qui fait supposer qu'elle est très-réduite.

Le 22, le malade a enlevé la sonde à demeure qui le gênait. — On l'y réintroduit sans peine. — Le 24, l'urine ne coule que très-peu par la plaie.

Le 26, c'est à peine s'il se répand quelques gouttes

d'urine par l'ouverture, le plus souvent il n'en sort point, seulement les bords sont un peu durs. On y a déjà fait appliquer des cataplasmes depuis quelques jours. On ajoute un bain de siége, qu'on renouvelle le surlendemain. — L'opéré se lève dans la journée et se promène.

30 janvier, la fistule ne laisse plus passer d'urine, elle est presque cisatrisée; l'appétit et le sommeil reviennent. Il continue à se lever et se promener.

Le 4 février, le malade ayant fait un effort pour aller à la selle, prétend avoir rouvert sa fistule. On administre un lavement huileux. On laisse encore la sonde à demeure jusqu'au 10, où l'on reconnaît que la plaie du périnée est complètement fermée depuis longtemps; l'urine ne s'écoule que par la plaie contuse située sur le raphé, vers la racine du scrotum, plaie qui se prolonge jusqu'à l'urètre par un cordon noueux, devenu de plus en plus sensible à mesure que la résorption s'est accomplie; aujourd'hui elle est à l'état de fistule urétrale, et laisse seule perdre l'urine, ce qui est beaucoup plus apparent depuis que l'incision artificielle est close. — Le 12, on enlève la sonde à demeure, on prescrit quelques grands bains. Le malade a successivement la demi-portion et les trois quarts, ses forces se rétablissent, les accidents primitifs sont tout à fait conjurés, il ne lui reste que la fistule urinaire. C'est donc maintenant une affection toute autre, et en conséquence le but qu'on s'était proposé, se trouve heureusement atteint. La vie n'est plus compromise, et l'histoire du traitement de la fiistule urétrale serait ici un hors d'œuvre (1).

(1) Nous nous bornerons à dire que le malade est aujourd'hui en voie de guérison complète.

Ceci posé, on peut se demander si cette opération particulière était bien indiquée ; je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Rappelons en effet que la plupart des accidents de ce genre ont une issue funeste, j'ai vu mourir presque tous les blessés qui étaient dans ce cas. Les moyens ordinaires n'ont pas suffi pour les sauver. Dans un cas j'espérais qu'après être arrivé à introduire une forte sonde en caoutchouc jusque dans la vessie, je pourrais, en la laissant à demeure, obtenir le résultat désiré; vaine espérance ! A l'époque de la réaction inflammatoire le canal se ramollit dans le point contus; il s'y fit une fissure, et l'infiltration urineuse, accomplie malgré la présence de la sonde, emporta le malade dans le deuxième septennaire. Le cas pourtant semblait d'abord moins grave et moins alarmant que celui dont il s'agit dans ce travail. — Ainsi non-seulement l'opération particulière que j'ai pratiquée ici, me semble rationnelle et bien indiquée, mais elle paraît propre à satisfaire à toutes les exigences. Non-seulement elle a été justifiée par l'événement, mais aussi elle se fonde sur une théorie raisonnée. 1° Elle modère l'inflammation traumatique en s'adressant à la cause même qui doit la produire, et met par là même dans la meilleure condition pour empêcher les fâcheux résultats qui sont à craindre. — 2° On conçoit qu'elle arrête et dissipe l'infiltration sanguine ; pour donner un plus libre écoulement aux fluides séro-sanguinolents épanchés, je crus devoir choisir le raphé pour siége de l'incision, ce qui permettait de dégorger simultanément l'un et l'autre côté, j'inclinai même un peu l'incision afin d'ouvrir plus sûrement cette double voie ; on se rappelle que le résultat ne

se fit pas longtemps désirer. — 3° C'était surtout l'infiltration urineuse qu'il fallait prévenir. Le débridement prostato-membraneux de l'urètre remplissait toutes les indications voulues, et il a pleinement réussi ; il serait superflu de revenir sur ces détails, les avantages de ce procédé ressortent assez évidemment de ce qui précède. — 4° En prévenant la purulence et l'infiltration sanguine, il a réussi à empêcher le développement des accidents généraux dont se compliquent d'ordinaire les violentes contusions du périnée.

Une autre question se présente : la boutonnière est indiquée par les auteurs dans deux cas, 1° pour des corps étrangers dans l'urètre ; 2° pour des rétrécissements étroits et indurés (*Begin, dict. en* 15 *vol.* 1836. *p.* 471. *Chélius, traité chir.*). On voit en quoi notre mode d'uréthrotomie en diffère pour l'application et l'exécution.

Jusqu'ici, je le répète, l'art avait été moins curatif et surtout prophylactique que palliatif. M. Vidal s'est efforcé de résumer l'état de la chirurgie française dans son *traité de pathologie externe*. Or, nulle part il n'indique les incisions que comme moyens d'évacuer l'infiltration urinaire, quand elle existe (*tom.* 5. 1841. *p.* 260 *et suiv.*), et il avoue d'ailleurs que : « Dans les cas de plaies contuses, malgré les soins les plus empressés, en dépit des moyens les mieux dirigés, quelquefois l'infiltration urineuse a lieu ; elle s'étend au loin et cause des dégâts considérables (*ibid. p.* 270.) » Cet aveu est l'expression de la vérité. — Chélius, d'un autre côté, résumant l'état de la chirurgie allemande, propose aussi les incisions contre l'infiltration urineuse ; cette pratique est bien entendue, et doit en effet être suivie quand

l'accident est arrivé. — C'est aussi la doctrine qui règne dans les écoles italiennes.

L'innovation opératoire que je conseille ici s'élève à un degré de plus ; elle n'est pas seulement palliative des accidents , elle est curative et préventive ; elle est fondée sur l'anatomie topographique et sur l'analyse des causes essentielles qui aggravent les contusions périnéales. Avec cet ensemble de détails démonstratifs, elle se présente avec les qualités de méthode générale.

Toutefois, je ne saurais trop insister sur ce dernier point, c'est qu'elle doit être réservée pour les cas graves, pour les lésions profondes; on ne devra point y recourir pour des contusions légères. L'expérience clinique servira de critérium pour démêler les cas d'application, et dans l'occurrence, cette méthode opératoire bien indiquée, permettra alors de sauver nombre de blessés dont l'existence serait, sans elle, fortement compromise.

(*Extrait du* Journal de Médecine.)

